



Paziente (etichette) M F
Nome e Cognome

Data di nascita

Indirizzo (via, NPA, Località)

Medico richiedente (timbro)

Copia del referto a:

1. _____
2. _____
3. _____

Assicurazione Malattia:

- degente
 ambulatoriale

Data del prelievo:

Analisi precedenti: (Istituto, n. analisi)

Notizie cliniche, domande e richieste particolari

Materiale inviato (tipo e sede del prelievo)

Citologia esfoliativa

Liquidi/versamenti/lavaggio

- Lavaggio addome/Douglas
 Versamento pleurico
 Versamento pericardico
 Ascite
 Versamento articolare, sede _____

App. urinario

- Urina I II III
 Lavaggio vescica
 Lavaggio uretere des. sin.
 Lavaggio bacinetto des. sin.

Polmoni

- Escreato I II III
 Aspirato/lavaggio bronchiale
 Spazzolato bronchiale
 BAL vol. instill. ____ vol. recuper. ____

Diversi

- Liquor
 Secreto, sede: _____
 Spazzolato anale tipizzazione HPV
 Altro _____

Citologia agoaspirativa

- Tiroide des. sin. istmo
 Polmone des. sin.
 Linfonodo, sede _____
 Ghiandola salivare, sede _____
 Altro _____

- Fegato lobo des. lobo sin.
 Pancreas
 Mammella des. sin.
 Cisti, sede _____
 Lavaggio ago, sede _____